附件1:

**合作机构资质要求**

（1）具有独立承担民事责任的能力（提供公司相关资质复印件）：营业执照经营范围需包含餐饮管理、餐饮服务、餐饮配送、食品经营等其中一项；

（2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度（提供承诺函）；

（3）具有履行本项目所必须的设备和专业技术能力（提供证明材料）；

（4）具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录（提供承诺函）；

（5）参加本次遴选活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录（提供信用中国截图）；

（6）法定代表人授权书、法定代表人和被授权人身份证复印件（如法人亲自参加则只需提供法人身份证复印件）；

附件：

**法定代表人身份授权书**

四川护理职业学院附属医院（四川省第三人民医院）：

本授权声明： （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方 “ ”项目遴选活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关遴选活动等一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

授权代表签字：

公司名称： （加盖公章）

日期：

★说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。